Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:			
	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 14 grudnia 1878. №. 50. Rok XVII.

I. Z kliniki chorób wenerycznych i skórnych prof. Dra Rosnera w Krakowie.

Przyczynek do patologii zwężeń tchawicy i oskrzeli na tle kiłowém.

Skréślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
Asystent téjże kliniki.

Przypadki zmian chorobowych w tchawicy na tle kiłowém, w szczególności zaś większe owrzodzenia i następowe zwężenia samejże tchawicy lub oskrzeli większych, należą w ogóle do rzadkości w literaturze lekarskiéj, do tego stopnia, że każdy przypadek tego rodzaju, zwlaszcza gdy zawiera szczegóły przebiegu klinicznego choroby, zasługuje na baczną uwagę i na ogłoszenie, gdyż dopiero na podstawie licznéj kazuistyki można postawić pewne umiejętne prawidła tak pod względem diagnostycznym jak i terapeutycznym tego niezwykłego cierpienia.

Jeżeli przedewszystkiém uwzględnimy literaturę traktującą obszerniéj o tym rozdziale syfilidologii, to nie możemy żadną miarą nie przyznać pierwszeństwa nader zajmująco napisanéj monografii Dra Alfreda Reya: *Etude sur la Syphilis Trachéale. Paris 1874.*

W pracy wspomnianéj znajdujemy 6 historyj chorób dokładnie i obszernie skréślonych, z których 2 zawdzięczamy własnéj obserwacyi autora. W dodatku na końcu monografii zamieszczonym przytacza jeszcze autor 9 przypadków wziętych z literatury francuskiéj, angielskiéj i niemieckiéj, a więc razem zestawia autor przypadków 15 owrzodzeń i zwężeń tchawicy. Pierwszym z autorów, któremu zawdzięczyć należy spostrzeżenie zwężenia tchawicy na tle kiłowém, był Worthington (*Medicochirurgical Transact.* tom XXV. Londyn 1842.), a w lat kilkaście dopiero po nim, bo w r. 1859 skréślił na podstawie jego i swych 2 własnych obserwacyj Charnal (*Des retrécissements cicatriciels de la trachée. Thèse de Paris 1859.*) kilka uwag o zwężeniu tchawicy skutkiem zbliznowaceń. W tym samym zakresie pisali późniéj Virchow, Russel, Bolton, Civet, Foerster, Boeckel, Wilks, Lancereaux, Rollet i inni.

Rey wykazuje w swéj cennéj monografii, iż zmiany kiłowe tchawicy mogą wystąpić u osób w wieku młodocianym lub też dopiero w późnéj starości, już to w kilka miesięcy po pojawieniu się kiły pierwotnéj (w 1 przypadku w 9 miesięcy po wrzodzie stwardniałym), lub też dopiero w jakie 9 lub 10 lat po pojawieniu się wrzodu stwardniałego. Zazwyczaj u osób nagabniętych tak ciężkiém cierpieniem tchawicy można było z całą stanowczością stwierdzić wybitne, nieraz nawet wcale ciężkie objawy przebytéj kiły drugo- i trzeciorzędnéj, poprzedzały więc kłykciny sączące w połyku, silne bóle głowy, ropienia kości, owrzodzenia itp. Owrzodzenia w tchawicy zdarzają się w przebiegu tylko kiły t. zw. trzeciorzędnéj, należą więc do objawów kiły późnych, mogą jednak być pierwszemi, niejako przejściowemi objawami zmian głębszych na tle kiłowém powstałych *(accidents de transition)*. Rzadko wprawdzie, ale przecież zdarzają się owrzodzenia kiłowe tchawicy w przebiegu kiły dziedzicznéj. Rzadko również cierpienie tego rodzaju dotykające tchawicę zdarza się w przebiegu kiły łagodnéj; zazwyczaj u osób tego rodzaju można wyśledzić oznaki zmian cięższych powstałych w innych już poprzednio narządach. Owrzodzenia kiłowe tchawicy powstałe skutkiem rozpadu kilaków *(gummata)* zajmują nieraz znaczną przestrzeń wewnętrznéj powierzchni tchawicy (od 7 — 28 mm.), a siedzibę ich stanowi zazwyczaj, bo w ¾ częściach przypadków, dolny odcinek tchawicy tuż po nad rozdzieleniem się jéj na oskrzela. Rzeczą jest arcyważną i ciekawą, że równocześnie z tchawicą ulega krtań zmianom kiłowym nader rzadko, podczas gdy oskrzela w trzeciéj części przypadków wraz z tchawicą uczestniczą w tém groźném cierpieniu. Co do samych oskrzeli, to częściéj lewe niż prawe (5 : 3) ulega zwężeniu, a w jednym przypadku światło oskrzela lewego zostało zwężone do 2 mm. Co do objawów klinicznych, jakie przedstawiają chorzy dotknięci tém zazwyczaj śmiertelném cierpieniem, skréśla je autor wspomniany w sposób następujący: Najczęściéj choroba występuje pod

postacią objawów podstępnych. U chorego, który zapomniał nieraz już o kile przebytéj lub wprost przeczy, aby miał być kiedy tą chorobą dotknięty, pojawia się nieżyt oskrzelowy połączony z sapką. Chory lekceważy sobie zazwyczaj to cierpienie i dopiero wtenczas zgłasza się z prośbą o pomoc lekarską, kiedy cierpienie jego zrazu nieznaczne przybiera formę niezwykłą, bo łączy się z dusznością i kaszlem pobudzającym do wyrzucania plwocin w ilości nader skąpéj. Oddychanie staje się coraz to trudniejszém, głos słabnie i nabiera cechy chrypliwéj, a napady duszności pojawiają się coraz to częściéj przy ruchach nieco szybszych, przy kaszlu lub po wzruszeniach. Chory nie może spać, oddycha siedząc (*orthopnoë*), rysy jego zdradzają niepokój, znużenie, tętno staje się szybszém, twarz sinieje, odnogi są zimne przy dotknięciu, a smutny koniec zbliża się zwolna wśród coraz bardziéj wzmagającego się charłactwa, lub też co częściéj się zdarza, chory kończy nagle w nocy podczas napadu gwałtownéj duszności. W niektórych przypadkach (4 : 14) skarżą się na dość mocny ból po za górnym odcinkiem mostka, mówiąc, że czują jak gdyby w owém miejscu ranę lub ciało obce zawadzające im przy oddychaniu, a raz nawet w przypadku opisanym przez Andrala chory bardzo trafnie zeznawał, że ma uczucie, jakoby tylko jedném płucem oddychał i w istocie cierpiał na zwężenie jednego oskrzela. Przy rozpoznaniu opisywanego cierpienia, które nieraz może być wcale trudném, należy mieć na uwadze następujące okoliczności: 1) Należy wykluczyć wszelkie cierpienia wywołujące przeszkody w oddychaniu i sprowadzające napady duszności, jakoto: choroby serca, znaczne wypociny opłucnowe, napady astmy, polipy usadowione w polyku, nowotwory szyi uciskające krtań lub tchawicę, do których przedewszystkiém zaliczyć należy tętniaki aorty, obrzęki gruczołów limfatycznych szyi i oskrzeli, tumory gruczołu tarczykowego, ropnie na szyi, torbiele, a wreszcie nowotwory wyrastające z wewnętrznéj powierzchni klatki piersiowéj. 2) Wziernik krtaniowy powinien wykryć wszelkie zboczenia krtani i rozstrzygnąć, czy na ich karb należy policzyć zmiany chorobowe dostrzegane u chorego. Należy więc zwrócić uwagę, czy nie ma polipów lub innych nowotworów krtani, lub też owrzodzeń, obrzęku błony śluzowéj itp. Przed kilku laty Trélat podał następujące rozpoznanie wyróżniające objawy zwężenia krtaniowego od zwężenia tchawicy i oskrzeli: Zwężenie krtani może wystąpić nagle lub też po okresie niejako zwiastunowym, w którym chory cierpi na bezgłos (*aphonia*) z bolami nieraz w okolicy krtani, trudnością przy przełykaniu, i wyrzuca przy kaszlu plwociny śluzowe lepkie. Napady duszności z charczeniem tchawicy i krtani pojawiają się późno, a wówczas wziernik krtaniowy pozwala wprost rozpoznać cierpienie. Przeciwnie zwężenie tchawicy i oskrzeli nie pojawia się nigdy nagle. Poprzedza je zawsze długi okres zwiastunowy cechujący się większym lub mniejszym stopniem duszności, która pojawia się w odstępach czasu nieregularnych i jużto się wzmaga, jużto się zmniejsza. Chory nigdy nie uskarża się na bole w okolicy krtani, zazwyczaj kaszle wyrzucając plwociny śluzowe okazujące nieraz prążki krwi. Kiedy się cierpienie wzmaga, napady duszności są niemal ustawiczne, a towarzyszą im piski i charczenie w krtani i tchawicy. Głos pozostaje prawidłowym aż do skonu lub jeżeli ulega jakim zmianom, to zawsze ma cechę szmeru głosowego (*bruit vocal*), a nie można zauważyć nigdy bezgłosu. Wziernik krtaniowy wykazuje zawsze krtań prawidłową, a czasem można z pomocą jego wykryć zwężenie tchawicy. Czasem nakoniec można za pomocą obmacania wykryć deformacyję tchawicy, obniżenie i nieporuszalność krtani.

Chociaż niektóre szczegóły podane przez Trélata nie zasługują na tak wielką rolę, jaką im ten autor przyznaje, to jednak umyślnie przytoczyłem jego zdanie jako cechujące nieraz wcale dobrze wybitniejsze przypadki zwężenia tchawicy. Zawsze jednak główny nacisk położyć należy w każdym razie na b a d a n i e w z i e r n i k o w e krtani i tchawicy, w razie zaś rozcięcia tchawicy na badanie jéj palcem i zgłębnikiem kauczukowym.

Co do badania płuc za pomocą przysłuchiwania, to szmery oddechowe są zazwyczaj pokryte szmerami i piskami wytwarzającemi się w tchawicy i krtani, a wypukiwanie w razie niepowikłania z innemi cierpieniami płuc wykazuje odgłos jawny i pełny i zazwyczaj pełniejszy niż w stanie prawidłowym, ponieważ zwężeniom tchawicy towarzyszy rozedma płuc. Auskultacyja oddaje znakomite usługi w przypadku znacznego zwężenia oskrzela jednego, gdyż w płucu odpowiedniém nie można wykryć szmerów oddechowych.

Pod względem zabiegów terapeutycznych należy postawić na pierwszém miejscu l e k o w a n i e p r z e c i w k i ł o w e za pomocą przetworów rtęciowych i jodowych.

W przypadkach ścieśnienia tchawicy, które powstało czyto przez ropne oddzielanie się chrząstek, czy też z powodu blizny po wrzodach kiłowych, robiono prawie we wszystkich przypadkach obszerniéj opisanych przez Reya rozcięcie tchawicy, poczém założono bardzo długą kanulę zwłaszcza w przypadkach tych, w których badanie palcem wykazywało ścieśnienie światła tchawicy w dolnéj jéj połowie. Pomimo jednak nader energicznéj terapii w większéj części przypadków następowała śmierć, a oględziny wykazywały znaczne owrzodzenia z oddzielaniem się chrząstek pierścieniowych tchawicy zatykających nieraz jéj światło, lub też zwężenie znaczne tchawicy skutkiem blizn powstałych po zagojeniu się wrzodów kiłowych. Oczywiście blizny te groziły tém większém niebezpieczeństwem, im siedziba ich była bliższą rozdzielenia się tchawicy na oskrzela, gdyż w przypadkach zwężenia wejść do oskrzeli żadna tracheotomia, ani długa kanula stałéj ulgi, a tém mniéj wyleczenia sprowadzić nie mogła, a następowała tylko chwilowa ulga, chory bowiem mógł z większą łatwością wykrztuszać śluz zapychający zwężony przestwór tchawicy albo oskrzeli, już to dlatego, że droga dlań przez ranę tchawicową była krótszą, niż w stanie przedoperacyjnym, a nadto śluz niepotrzebował się przeciskać przez naturalną cieśninę w postaci krtani, już to z drugiéj strony z téj przyczyny, że powietrze zewnętrzne działając przez kanulę wprost na nerwy czuciowe tchawicy w drodze odruchu wywołało prędzéj krztuszenie się i uwalnianie dróg oddechowych z zalegającego śluzu w obrębie owrzodzeń lub zbliznowaceń.

Trafne uwagi powzięte z monografii Reya winienem jeszcze uzupełnić pod względem patologicznym i diagnostycznym na podstawie rozpraw zamieszczonych w najświeższéj literaturze lekarskiéj, a w tym względzie z pomiędzy licznego zastępu rozpraw i dzieł piśmiennictwa niemieckiego nie mogę żadną miarą pominąć zbioru Ziemssena, a w nim ustępu o ścieśnieniu tchawicy i oskrzeli opracowanego piórem Riegla, znanego z pięknych i gruntownych prac na polu chorób wewnętrznych. Rozprawa jego, oparta na literaturze obszernie na wstępie rozdziału przytoczonéj a obejmującéj wszystkie źródła aż po rok 1873, zasługuje na baczne uwzglę-

dnienie i z tego też powodu winienem pokrótce dotknąć ważniejszych punktów odnośnie do przypadku na klinice naszéj obserwowanego.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Tayuya jako środek przeciwzołzowy i przeciwkiłowy.

---

podał Dr. J. Chądzyński,
prymaryjusz w szpitalu powszechnym we Lwowie.

Według podań włoskich lekarzy (Faraoni, Veladini, Baroni itd.), nastój tayuyi miał prędko, pewnie i łatwo usuwać zewnętrzne objawy, niezwykle łagodzić przebieg i następstwa ciężkich dwóch cierpień, tj. zołzów i kiły. Z uniesieniem sławiono zbawienne skutki téj rośliny brazylijskiéj, z rodziny *Cucurbitaceae, (dermophyla pendulum)* sprowadzonéj przez Ubicciniego włoskiego podróżnika, rośliny używanéj na miejscu przeciw różnorodnym objawom kiły i zołzów. W *Central Zeitung* Nr. 54, 1877 Gallosi przytacza historyję trzech chorych z wysypką plamistą lub guziczkową, również dwie historyje chorych z owrzodzeniami zołzowemi na twarzy, u których przy użyciu 7 kropli nastoju tayuyi wewnętrznie a roztworu zewnętrznie (4 na 170) wszelkie objawy zewnętrzne usunięte zostały.

Pirocchi w grudniu 1877 (*Jour. ital. de mal. vener.*) opisuje 4 przypadki wrzodu żrącego wyleczone w 8—10 dniach przy używaniu tayuyi w stosunku 1:4 lub 1:3 wody, przeciw którym rozczyn srebra, siarkan zynku, żelaza żarzące nieskutkowały, i 2 przypadki owrzodzeń zołzowych u chorych wycieńczonych, wyleczonych w 10 do 20 dniach wstrzykiwaniami jednogramowemi i użyciem 20 do 30 kropli nastoju tayuyi.

Tém więcéj zasługiwałaby na pierwszeństwo tayuya, ile że oprócz pierwiastków gorzkich, olejku lotnego, części organicznych, żelaza itd. nie zawiera w sobie ani jodu ani rtęci, przeto w ciężkich przypadkach, przeciw którym już używano tych dwóch środków, a chorzy znieść już ich nie mogli, wtedy użycie skuteczne niewinnéj tayuyi przybrałoby znaczenie niezmiernéj doniosłości w leczeniach zołzów i kiły.

Atoli cóż dziwnego, że każdy lekarz chcący osiągnąć podobne dobrodziejstwa dla swoich chorych jął się tak zachwalonego środka mającego pobudzać apetyt, czynności skóry, być niebolesnym, przeciwgnilnym, zmniejszającym ropienie, przyspieszającym zabliźnienie, przewyższającym w tym względzie nawet żarzące żelazo w przypadkach wrzodu żrącego. Niestety już przy końcu 1877 r. Tantorini w Neapolu zaczyna powątpiewać o wartości leku, używanego nawet w dużo silniejszym rozczynie, bo nie 1:42 ale 4:30, a gdy chory w 40 dniach wyżył kropli 1052 ważył o 2 kilogramy mniej i musiał wcieraniami w 18 dniach pozbyć się wrzodu twardego i wysypki guziczkowéj. Zeissl u 4 chorych przychodzi również do wniosku wątpliwéj wartości tayuyi. Nieco później (Nr. 26 *Medycyny*) spostrzeżenia sumiennego nieuprzedzonego badacza, lekarza św. Łazarza Dra Klinka, wykazują na 5ciu chorych (5 kob., 1 męż.), że ani krople, ani codzienne wstrzykiwania podskórne (cała strzykawka Pravaza) skutku widocznego nieokazały, oprócz pozornego polepszenia, albowiem świeże wysypki pojawiały się równocześnie podczas używania leku niby swoistego.

Dla dobitnego przekonania się, wykazania stanu rzeczy, stwierdzenia rzeczywistéj wartości tayuyi użytéj przeciw dwóm chorobom dobrze znanym ze swéj złośliwości, uporczywości stawionéj przeciw wszystkim środkom używanym na podstawie najwięcéj racyjonalnego lecznictwa, popartego dyjetą, higijeną, dla sprawdzenia wrzekomo cudownych skutków tayuyi wybrałem kilku chorych równocześnie cierpiących na objawy kiły i zołzów, przeto sądzę najwłaściwiéj się kwalifikujących do użycia tayuyi, czyli zupełnie wchodzących w zakres działania tego leku. Na dowód przytaczam streszczone historyje chorych:

1) Zofija Sz. 24 lat, wolna, wyrobnica, przybyła 13/3 1878, cierpiała na przewlekły nieżyt pochwy i macicy (*in individuo scrophuloso et luetico*) i przedtém w 1876 była u nas od 11/11 do 10/12 dla takiego samego stanu; wtedy dla przerostu gruczołów szyjnych i karkowych zastósowano 6 wstrzykiwań kw. karbol. ($^2/_{100}$). W 1877 przybyła 7/2 z drugorzędnym objawem kiły (*Condylomat. ad lab. maj. roseol. papul. totius corpor., adenit. univer. in individ. scrophul.*), wyszła 13/4, używszy 7 wcierań 2 gram., nadto jodu wewn. i zewn. 0·5. Przybyła znów 1/5 ze skąpą lekką wysypką guziczkową (*ros. papul. dispersa, blen. subacuta*) przebyła ospę, pozbyła się wysypki i wyszła 22/6; będąc w najgorszych warunkach higijenicznych powraca 23/10 z kłykciną owrzodziałą, bawi do 14/2. Obecny stan jest następujący: Na wardze górnéj dość znaczne pęknięcie w głąb miąższu sięgające, takie samo pęknięcie w zetknięciu się prawego skrzydła nosa z górną wargą i na obu rogówkach rozległe plamy ścięgniste (*leucoma*), twarz pokryta licznemi dołkami ospowemi a na szyi rozległe liczne blizny po ropniach zołzowych; po lewéj stronie szyi tuż za kością podszczękową gruczoł wielkości $2^1/_2$ cm., drugi tuż za nim ułożony, téj saméj wielkości, w dole zaś kilka mniejszych gruczołów, z których największy dochodzi do rozmiarów dużéj fasoli; po prawéj stronie szyi gruczoł wielkości $5^1/_2$ cent., pod nią zaś ku tyłowi trzy gruczoły wielkości orzechów i kilka znacznie mniejszych. Wszystkie gruczoły są twardawe, niezbite, przesuwalne, tj. niezrośnięte z otoczeniem, z wyjątkiem największego gruczołu po stronie prawéj. Gruczoły łokciowe mało zajęte, pachwinowe stosunkowo bardzo lekko, nieco silniéj po stronie lewéj; do 29/3 chora zażyła 120 kropli, wtedy oba pęknięcia ust wydają się nieco mniejsze, pokryte strupkami, pęknięcie prawego skrzydła nosa zagojone, na twarzy, czole, rozsiany trądzik (*acne*). Gruczoły w ogóle bez zmian; objawów podmiotowych żadnych po używaniu kropli. Do 2/6 chora wyżyła 1270 kropli. Odżywianie niewątpliwie lepsze, stan niedokrewności mniejszy, gruczoły względnie nieco zmalały, pęknięcie warg się utrzymuje, trądzik słaby na twarzy. Ponieważ w ciągu blisko półtrzecia miesiąca wikt lepszy, regularny, mógłby był te zmiany wytłumaczyć, przeto zalecono wodę jodową ($^1/_{1000}$), łyżek 2 i nastój jodu $^1/_{100}$. Wychodzi chora 12/6, pęknięcie ust (*rhagas*) zagojone, gruczoły podszczękowe i szyjne jakkolwiek jeszcze na oko wyraźne, nie zajmują $^1/_3$ części pierwotnych rozmiarów, czyli w 10 dniach po użyciu 0,150 czystego jodu uzyskano 3 razy więcéj niż w przeciągu blisko 3 miesięcy przy używaniu nastoju tayuyi.

2) Zofija P., virgo intacta, lat 18, wolna, córka wyrobnika, przybyła 14/4 z liszajem żrącym nosa i warg. Po raz pierwszy jest w szpitalu, ojciec zdrów i żyje, nie miał żadnéj choroby skórnéj, matka umarła, rodzeństwa było 8, zmarło 4 z tych, najmłodszy miał mieć 25 lat, żyją jeszcze 2 siostry i brat, zdrowi. Sama była zdrowa do 10go roku

życia swego, wtedy pryszczyk na końcu nosa rozszerzając się zniszczył nos, przegrodę nosową do kości. Dość dobrze odżywiona, nieco niedokrewna, przedstawia chora na twarzy naciek owrzodziały zajmujący skórę pozostałą na brzegach zniszczonych skrzydeł, część przyległą obu policzków, całą górną wargę, która jest w trójnasób zgrubiałą, bliznowatą. Owrzodzenie przegrody sięga do kości, które okruchami odpadły; owrzodzenie to zajmuje całą bł. śluzową nosa, i górnéj wargi widocznie nacieklą małemi guzkami; z téj przyczyny otwory nosowe są węższe i górna warga zgrubiałą, po dawniejszym nacieku owrzodziałym bliznowatą. Rozrzucone po całém ciele blizny wielkości $^1/_2$ centa świadczą o przebytych owrzodzeniach zolzowych. W ogóle wszystkie gruczoły ciała obrzękle, w szczególności zaś znajdujemy na granicy m. sutko-mostko-obojczykowego z obu stron gruczoły wielkości grochu, miękkie, lekko przesuwalne; za szczęką po prawéj stronie dwa gruczoły wielkości orzechów, pod szczęką również dwa takie gruczoly i za lewym kątem żuchwy gruczołów trzy jak orzeszki laskowe; przed żwaczem gruczoł jak fasola, pod brodą 3 gruczoły mniéj więcéj wielkości grochu.

Do 25/5 chora zażyła 615 kropli; widoczna zmiana w ogólnym stanie w tém się zawiera, że przy używaniu pędzlowania tayuyą i tranu zewnętrznie górna warga jest nieco mniéj nacieklą, mniéj czerwoną; objawów podmiotowych żadnych, chora chyba nieco na zatwardzenie cierpi, co można tłumaczyć brakiem ruchu i pożywniejszém jedzeniem. Prawie w dwóch miesiącach od 14/4 do 6/6 chora wyżyła 1108 kropli; brak korzystnych skutków naklania do zastąpienia tayuyi wodą jodową i zewnętrznie tinct. jodi z gliceryną $^1/_{100}$.

Chora 12/7 wychodzi na żądanie rodziców po wyżyciu 108 łyżek wody jodowéj, tj. 1.60 czystego jodu i w tym jednym miesiącu gruczoły karkowe, szyjne i podszczękowe niewątpliwie zmiękły i o $^1/_3$ część zmalały, objawy niedokrewności prawie usunięte, wejrzenie ogólne pomyślne, na policzkach i nosie, wszędzie skóra wolna, przesuwalna, prawie zabliźniona.

3) Anastazyja Kop. 12 lat, córka gospodarza, przybyła 8/2 i zażyła przeciw objawom kiły późniéj do 2/6 bez widocznych zmian 1422 kropli tayuyi, potém zastósowano wewnętrznie wodę jodową $^1/_{2000}$, zewn. tinct. jodi z gliceryną $^1/_{100}$ Matka odebrała dziecko 28/6, u którego na miejscu owrzodzeń pozostało tylko kilka guzków na twarzy. W 26 dniach więcéj osiągnięto dwoma decigramami czystego jodu, niż w czterech miesiącach przy użyciu tayuyi.

4) Justyna J., virgo intacta; 16 lat, wolna, szwaczka, zażyła przeciw późnéj kile do 5/6 od 1/3 kropli nastoju tayuyi 1776; ponieważ zmiany miejscowe były mało znaczące, zastąpiono krople co drugi dzień wstrzykiwaniami podskórnemi (cała strzykawka Pravaza); takich użyła jedenaście, po nich ból znaczny nieraz trwał 48 godzin i więcéj, wszelako nigdy nie przyszło do stanu zapalnego miejsca obrzękłego z przyczyny ukłócia i obecności cieczy nasyconéj wyskokiem; ponieważ i ten rękoczyn widocznych zmian nie sprowadzał, chora od 26/7 zażywała 4 łyżki wody jodowéj $^1/_{2000}$, zewnętrznie zastósowano tinct. jodi z gliceryną $^1/_{100}$; 15/8 z przyczyny pozostałych lekkich owrzodzeń na przegrodzie nosowéj zalecono szary plaster i stopniowo od pół łyżki do 2 łyżek hydrarg. trijodati $^1/_{500}$ i maść rtęciową białą $^1/_{20}$. Chora wychodzi 23/9 z przegrodą nosową zupełnie zabliźnioną a naciek na skórze nosa objawia się tylko lekkiém zaczerwienieniem. Skóra sama zupełnie ruchoma. Taki był skutek jednego grama dwujodku jodowego rtęci, dwóch gramów 62 miligr. czystego jodu i zewnętrznego leczenia, podczas gdy w przeciągu blisko półpięta miesiąca przy użyciu cierpliwém tayuyi nic nie uzyskano.

Mamy więc dotąd prawie wszystkie formy zakażenia kiłowego i obrażeń zołzowych, przeciw którym darmo używano tayuyi:

1) przypadki wrzodu twardego (Gallosi, Zeissl, Klink.)
2) „ wysypki plamistéj (Gallosi, Tantorini, Zeissl, Klink.)
3) „ „ guziczkowéj (Gallosi, Tantorini).
4) „ kłykcin płaskich (Klink).
5) „ wysypki guziczko-pryszczowéj (Klink).
6) „ „ gruzłowatéj (Klink).

Daléj moje spostrzeżenia:

7) „ liszaja żrącego (1108 kropli).
8) „ późnéj kiły (1428 i 1776).
9) „ przerostu zołzowego gruczołów (krople i jedynaście wstrzykiwań, 1200 kropli).

Jeżeli do swoich spostrzeżeń mógł Dr. Klink następujące uwagi dołączyć, „że co do wysypek plamistych i guziczkowych tayuya okazała się tak w kroplach, jak w wstrzykiwaniach wcale nieskuteczna, a tylko w guzkowatéj wysypce, jeżeli owrzodzenia oczyściły się a nawet niektóre się zabliźniły, to czas na to był za długi i kilka wcierań maści rtęciowéj niezawodnie prędzejby były te zmiany ku lepszemu skierowały, i przypuszcza, że osiągnięte skutki przez lekarzy włoskich więcéj może od klimatycznych warunków zależały,“ na co się łatwo zgodzić można; — jeżeli Sigmund (*Wien. med. Woch.* Nr. 36) uważa tayuyę jako środek drogi, pozornie pomagający w łagodnych formach nieraz wyleczalnych bez żadnych lekarskich środków: to dla mnie wprawdzie drogość tayuyi przy kiedyś może stwierdzić się dającéj skuteczności leku, zależącéj od prawdziwego pochodzenia rośliny i jéj dobrego wyrobu, nie byłaby powodem do nieużywania tego środka; wiadomo bowiem, że mnogi odbyt jakiegobądź przedmiotu oddziaływa na koszta wyrobu i obniża takowe, — ale po bezskutecznych próbach czynionych jak sądzę w najpomyślniejszych warunkach dla przechwalonego środka, bo czynionych przeciw objawom zołzowym równocześnie i kiłowym, muszę stanowczo oświadczyć, że nieprzyznaję żadnéj prawdziwie swoistéj leczniczéj wartości tayuyi używanéj nawet w największych dawkach, czy to w kroplach, czy w wstrzykiwaniach podskórnych, i muszę ostrzedz kolegów, aby nie oczekiwali tego, czego dotrzymać nie może tayuya braci Ubiccini sprowadzona z Medyjolanu przez Haubnera w Wiedniu, firmę dobrze znaną, ręczącą za prawdziwość przesłanego leku.

III. Oceny i sprawozdania.

O przewłocznem zapaleniu płuc podług Charcota. Sprawozdanie Dra A. Kwaśnickiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48.)

Powrotność zapalenia płuc należy do faktów stwierdzonych i są osoby posiadające wybitną do powrotów skłonność, i tak Andral spostrzegał jednego człowieka, u którego zapalenie płuc powtórzyło się 15 razy w ciągu 11 lat, Chomel przytacza 10 powrotów, Frank 11, Rust 28 u jednego osobnika. Dziecko spostrzegane przez Ziemssena przebyło w ciągu 5 lat 4 razy zapalenie dolnego lewego

płatu, a raz jeden płatu górnego po stronie prawéj. Przerwy dzielące powroty są dosyć długie, i wynoszą podług Foxa 3—5 lat, lecz zdają się skracać w miarę częstości powrotów, w rzeczywistości jednak powrotność zapalenia płuc byłaby spostrzeganą o wiele częściéj, gdyby istniała możność kontrolowania w tym kierunku chorych. Nic dziwnego, że Charcot mógł częściéj czynić podobne spostrzeżenia, gdyż stoi on na czele zakładu Salpêtrière, gdzie chorych przez długi szereg lat nie spuszcza z oka. W wykładach swych wspomniał on o dwóch przypadkach powrotności zapalenia płuc, godnych uwagi tak ze względu na liczbę powrotów jak i dlatego, że badanie pośmiertne zostało uskutecznionêm; pierwszy z tych przypadków tyczy się 76-letniego starca, który w ciągu 6-letniego pobytu w Salpêtrière uległ 8 napadom zapalenia płuc, z których 7 miało miejsce w płucu lewêm. Oględziny pośmiertne wykazały w płucu lewêm zlykowacenie jego miąższu, miejscami czerwone, miejscami szare, zrosty opłucnowe, oraz zwątrobienie szare w skutek ostatniego napadu, płuca prawego. Drugi przypadek przedstawia wiele tożsamości z poprzedzającym; 80-letni starzec przebył w ciągu 4-letniego pobytu w Salpêtrière 4 powroty zapalenia płuc, z których trzy miały miejsce po stronie prawéj, a jeden po lewéj; oględziny pośmiertne wykazały zlykowacenie szare w szczycie płuca prawego, wysięk opłucnowy otorbiony z tejże strony, oraz zlykowacenie czerwono-szare w płucu lewêm.

Zastanowiwszy się nad sprawą chorobową, o któréj mowa, dochodzi Charcot do następującego jéj pojmowania: jest rzeczą stwierdzoną, że jeśli płatowe zapalenie płuc rezolwuje się opieszale, pozostawia ono po sobie zboczenie trwałe, polegające na hyperplastycznêm nacieczeniu łącznego utkania płuc; w téj zmianie Charcot dopatruje przyczyny powrotności zapalenia, i w taki tylko sposób mógł klinicysta angielski Paget wytłumaczyć sobie tożsamość umiejscowienia powrotnych napadów. Na poparcie tego zapatrywania możnaby przytoczyć wrzekome błony opłucnowe, w których rozwijają się naczynia o ściankach zarodkowych, będące miejscem częstych powrotów zapalnych opłucnéj. Charcot streszcza się w następujących słowach: czy zapalenie przewłoczne jest następstwem jednego napadu sprawy dławcowéj w płucu, czy też będzie ono następstwem licznych powrotów zapalenia płuca w temże samêm miejscu, obraz anatomiczny pozostaje jednakim i przedstawia się pod trojaką postacią:

1) Z ł y k o w a c e n i e c z e r w o n e (Andral, Hope, Forster), z w ą t r o b i e n i e t w a r d e (Lebert), odpowiada zwątrobieniu czerwonemu pierwszego okresu ostrego dławcowego zapalenia płuc. Sprawa chorobowa zwykle zajmuje cały płat, utkanie płucowe zbite, miąższ ciężki, nietrzeszczący; powierzchnia przekroju sucha i ziarnista, lecz ziarnistość jest mniéj wybitną, aniżeli w okresie ostrym, słowem w zlykowaceniu czerwonêm znajdujemy cechy zwątrobienia czerwonego z dodatkiem nowoutworzonego utkania łącznego. Opłucna w odpowiedniêm miejscu zgrubiała, oskrzela nie są rozszerzone. Drobnowid wykrywa nacieczenie utkania płucowego komórkami okrągłemi, wrzecionowatemi, lub téż już wykształconemi włókienkami. Komórki płucowe nieco ścieśnione w rozmiarach, zawartość ich składa się z zbitych w kłębek przybłonków, zlepionych masą tłuszczowo-ziarnistą; kryształki margarynu czasami znaleziono. Przybłonek uwydatnia skłonność do zwyrodnienia się, przyjmując kształt szerokich wielokątnych komórek.

To czerwone zlykowacenie spostrzega się tylko w tych przypadkach, kiedy zejście choroby nie przypada po za 4—6 tydzień; po przebyciu tego okresu inne następowe zmiany chorobowe wytwarzają obraz zupełnie odmienny od zlykowacenia czerwonego; że tu wspomnę o z w ą t r o b i e n i u ż ó ł t ê m (Lebert), s t w a r d n i e n i u ż ó ł t ê m (Hope) lub s t w a r d n i e n i u b i a ł k o w ê m (Addison), które winno swą nazwę żółtemu odcieniowi, który przybiera niedokrewne płuco.

2) Z ł y k o w a c e n i e s z a r e (Andral, Grisolle, Chomel) przedstawia się pod dwiema postaciami: pierwsza z nich powstaje już po 2—3 miesiącach trwania choroby, płuco staje się znacznie twardszêm, suchêm i poczyna się kurczyć; ziarnistość na przekroju jeszcze występuje lecz drobna, oskrzela nierozszerzone, przegródki międzykomórkowe wybitne. Często zlykowacenie czerwone i ta postać szarego, o którêm mowa, spostrzega się jednocześnie na têm samêm płucu. Druga postać zlykowacenia szarego polega na zupełnêm zwłóknieniu narządu, następującêm dopiero począwszy od 5 miesiąca trwania choroby; zmiany drobnowidowe, dokładnie opisane przez Ackermanna i Thierfeldera, są wybitne i bardzo cechujące. Zbitość płuca jest bardzo znaczna, nie da się ono przedziurawić palcem i skrzypi pod nożem; zabarwienie jego szare, zielonkawe, powierzchnia lśniąca, nieziarnista, przegródki międzykomórkowe wybitnie zarysowane, lecz mniéj aniżeli w postaci poprzedzającéj, opłucna w miejscu schorzałego płuca znacznie zgrubiała, płuco ściągnięte do $^1/_3$—$^1/_2$ prawidłowéj objętości, rozstrzeni oskrzelowych zawsze brak. Badanie drobnowidowe wykazuje nadmierny rozwój utkania włóknistego, czego następstwem jest zmniejszenie się ilości i objętości komórek płucnych, wewnątrz których postrzega się bujanie włóknikowe; przybłonek przedstawia się pod postacią wielokątną, kryształki margarynu tu i owdzie. Ognisk serowatych nie ma, lecz spostrzega się innego rodzaju zwyrodnienie, prowadzące do wytworzenia jamy niewysłanéj żadną błoną i jakby rzniętéj w stwardniałym miąższu płuca; tego rodzaju jamy dla odróżnienia od rozstrzeni oskrzelowych, od ognisk ropnych sprawy zapalnéj i od jam gruźliczych, nazwano w r z o d a m i p ł u c, i najczęściéj je spostrzegano w pylicy płuc (*pneumoconiosis.*)

II. O p r z e w ł o c z n ê m z r a z i k o w ê m z a p a l e n i u p ł u c.

Pierwszym pisarzem, który opracował zrazikowe zapalenie płuc, był lekarz dubliński Corrigan (1838 r.); w sześć lat późniéj pp. Legendre i Bailly dali dokładny opis téj choroby, określając anatomiczny obraz płuca wyrazem z m i ę ś n i e n i a *(carnisation)*; w r. 1865 napisał Sutton swą rozprawę, a na lata następne przypadają liczne cenne prace' odczytane w londyńskiêm towarzystwie patologicznêm, które ogłosiła drukiem *Encyclopédie* Reynoldsa; lecz rozróżnienie gruntowne zrazikowego i zrazowego zapalenia płuc, tak po mistrzowsku dokonane przez Charcota, jest zaledwo naszkicowane w pracach wyżéj wymienionych badaczy. W ostatnich czasach Ziemssen, Bartels, Jürgensen ogłosili swe cenne spostrzeżenia kliniczne, dowodząc istnienia pewnéj odmiany zrazikowego zapalenia płuc, które już od chwili powstawania przybiera cechę przewłoczną, ostrawą; ciepłota w takim przypadku nie wznosi się wysoko, wahania się krzywizny ciepłotnéj znaczne; sprawa trwa od 15 do 20 dni, czasem rezolwując się, częściéj pozostaje w stanie nacieku i przeobraża się w stan przewłoczny. Bartels przytacza przypadek, w którym sprawa zapalna ciągnęła się 7 miesięcy, lecz trwanie jéj przedłużyć się może do kilku lat, zanim powstanie zanik,

skurczenie się płuca obok rozstrzeni oskrzelowych. Postać ta najczęściéj następuje po ostrym lub przewłocznym nieżycie oskrzelowym, po krztuścu, odrze lub durzycy; Charcot badał tę odmianę ostrawą na zwłokach dzieci zmarłych w 3cim tygodniu zapalenia zrazikowego płuc, wikłającego się z przebiegiem odry itd. i znalazł on zmiany anatomiczne, które w głównych zarysach cechują ostre zrazikowe zapalenie, a mianowicie: 1) sprawa zapalna usadowia się symetrycznie w dolnych tylnych częściach płuc, 2) zabarwienie zajętych płatów bywa fijoletowe lub blado-różowe, 3) zbitość płuca usprawiedliwia nazwę zmięśnienia, 4) brak zaniku, 5) powierzchnia cięcia gładka, sucha, zaledwo zwilżona tu i owdzie cieczą surowiczą, i nieziarnistą; ta jednorodność powierzchni cięcia odróżnia ostrawe od ostrego zapalenia płuc, które przedstawia się jako powierzchnia pstro-marmurowa, 6) oskrzela rozszerzone wrzecionowato, szczególnie w płatach dolnych; w rozstrzeniach znajduje się nagromadzona ropa i śluz, utkanie łączne przyoskrzelowe bujnie rozrosłe, 7) przegródki międzykomórkowe bardzo wybitne, 8) guzki (*nodules*) przyoskrzelowe postaci ostréj znajdują się i w postaci ostrawéj, lecz mało dostrzegalne i nikłe.

Charcot uzupełnia ten obraz anatomiczny makroskopijny opisem mikroskopijnym: 1) oskrzela zawierają śluz i ropę; przybłonek czas długi utrzymuje się, lecz zniekształcony, jakby obrzękły; błona śluzowa i zewnętrzna oskrzeli nacieczona, początkowo komórkami krągłemi, bądź wrzecionowatemi, z których późniéj powstają włókienka łączne; błona mięsna i sprężysta zanikłe (Trojanowski); rozszerzenie więc oskrzeli, które towarzyszy temu zanikowi, jest pierwotne, poprzedzające zanik płuca; co mówi przeciw zapatrywaniu Corrigana, podług którego jest ono następowém, zależném od zaniku i kurczenia się płuca.

2) Utkanie łączne międzykomórkowe ulega takiemuż przeobrażeniu, jak i tkanka łączna przyoskrzelowa.

3) W ogniskach przyoskrzelowych komórki zawierają wypocinę włóknikową, któréj włókna ogarniają komórki przybłonka.

Nakoniec w zmięśnionéj, różowéj i gładkiéj części płuca, odpowiadającéj splenizacyi przebiegu ostrego, znachodzą się zmiany spostrzegane przy zapaleniu płuc łuszczącém się (*pneumonie desquamative*), lecz z cechami wyłącznemi, obcemi przebiegowi ostremu, a mianowicie: *a*) ścianki komórek zgrubiałe i nacieczone komórkami, z których powstaje tkanka łączna, *b*) przybłonek zbrzęknięty, zlany w masę, w któréj odczynniki (eter i benzyna) wykrywają krysztalki margarynu; w około tych zmienionych komórek spostrzega się przybłonek sześcienny. (D. n.)

C. H. Ralfe: **O wpływie dwuwęglanu potasowego na kwaśne oddziaływanie moczu.**

Już w roku 1854 (*Archiv der wissenschaftlichen Heilkunde. Studie zur Urologie*) osłabił F. Beneke ogólnie przyjęte zdanie, przypisujące dwuwęglanom potasowców zdolność rychłego zamieniania oddziaływania kwaśnego moczu na zasadowe. Ralfe robił liczne w tym przedmiocie doświadczenia podając dziennie do 8 grm. dwuwęglanu potasowego i oznaczając ilościowo stopień oddziaływania kwaśnego (*aciditas*) moczu tudzież zawartości kwasu moczowego w różnych odstępach czasu. Doświadczenia te doprowadziły go do ważnego dla leczenia wyniku, że zupełnie odmienny jest wpływ dwuwęglanu potasowego wedle tego, czy się go podaje przed spożyciem znaczniejszéj ilości pokarmów, czy po spożyciu tychże. Mianowicie dwuwęglan potasowy podawany przed spożyciem pokarmów nie tylko nie nadaje moczowi oddziaływania zasadowego, lecz owszem potęguje oddziaływanie kwaśne tegoż, przyczém zwiększa się równocześnie ilość wydzielanego kwasu moczowego; przeciwnie dwuwęglan potasowy podawany po spożyciu pokarmów wywołuje silną zasadowość moczu trwającą od 1go do 2 dni. Ralfe uważa to dwulicowe działanie tego środka za zgodne z jego składem chemicznym i tłumaczy je w sposób następujący: Ogólnie przypisujemy oddziaływanie kwaśne moczu prawidłowego rozkładowi, jakiemu ulega fosforan sodowy obojętny w obec dwuwęglanu sodowego i potasowego we krwi, a którego wynikiem jest powstanie kwaśnego fosforanu sodowego. Jeżeli tedy podamy dwuwęglan sodowy lub potasowy przed spożyciem pokarmów, kiedy błona śluzowa żołądka oddziaływa obojętnie lub lekko zasadowo, wtedy dostaje się tenże nierozłożony, jako sól kwaśna do krwi i mogąc ukwasić znaczniejszą ilość fosforanu sodowego na fosforan sodowy kwaśny, musi wzmagać oddziaływanie kwaśne moczu. Podany zaś po spożyciu pokarmów podczas aktu trawienia zostaje rozłożony przez wolny kwas żołądkowy, przyczém kwas węglowy uchodzi przez jamę ust na zewnątrz, a sól obojętna lub zasadowa dostaje się do krwi, sprawiając zasadowość moczu.

Z doświadczeń swych wyprowadza następujące wskazówki lecznicze:

1) W przypadkach skazy moczanowéj (*lithaemia*), gdzie chodzi o sprowadzenie oddziaływania zasadowego moczu, powinien dwuwęglan potasowy być podawany po spożyciu pokarmów.

2) Podawanie dwuwęglanu potasowego przed spożyciem pokarmów, jest wskazane w przypadkach nieżytów żołądka z nadmiarowém wytwarzaniem się kwasów w żołądku, gdzie chodzi o osłabienie oddziaływania kwaśnego treści żołądkowéj. (*The Lancet XIX. V. II. 1878.*) *Dr. St. Ponikło.*

Fournier: **Suchoty płucne na tle kiłowém.**

Dr. Alfred Fournier przesłał Akademii lekarskiéj do ocenienia rozprawę p. t. „*Phagédénisme tertiaire du pied; phthisie commune; traitement specifique; guérison*“. Spostrzeżenie będące podstawą téj pracy jest przypadkiem kiły trzeciorzędnéj żrącéj, rozwiniętéj na niezbyt zwykłém miejscu, tj. na stopie; powtóre jestto przykład wyraźny suchot płucnych pochodzenia kiłowego, przedstawiających się jako suchoty zwykłe a wyleczonych zupełnie przez podawanie rtęci. Dr. F. dochodzi do wyników następujących:

1) Gruźlica lub suchoty płucne tak często mają swe początkowe siedlisko w szczytach płuc, że inne zmiany chorobowe umiejscowione w tych okolicach, już przez samo miejsce domyślać się każą, że tam suchoty powstały. Szczyt płuca dotknięty, to prawie tyle waży, co świadectwo przyszłych lub obecnych już suchot. Otóż nie zawsze tak bywa (chociaż rzadko), bo i sama kiła może zająć szczyty płuc, a gdy to się stanie, choroba staje się zupełnie podobną do suchot zwykłych. Ztąd tak częste błędy rozpoznawcze.

2) W przypadku, o którym mowa, chora winna swe wyleczenie z suchot kiłowych li tylko leczeniu swoistemu, gdy zwróciło się uwagę na ciężkie zmiany na stopie. Bez téj wspólności objawów na nodze i płucach chora byłaby umarła, ponieważ uchodziłaby za zwykłą suchotnicę i jako taka byłaby leczona. W skutek tego należałoby w każdym

podobnym lub zbliżonym przypadku przekonać się dokładnie, czy kiła nie była pierwotną przyczyną choroby płucnéj umiejscowionéj w szczytach.

3) Najciekawszym jednak wynikiem danego spostrzeżenia jest fakt uleczenia w warunkach na pozór najrozpaczliwszych. (Dowodzi to, że zmiany kiłowe w płucach uleczyć można nietylko w początkowych swych okresach, ale i nawet w najwięcéj posuniętych.) (*Gaz. des Hôpit.* Nr. 135. 1878.) *Dr. M. Żebrowski.*

Dittel (we Wiedniu): **Resekcyja jelita w przypadku rzyci nieprawidłowéj; wyleczenie.**

D. rozróżnia trzy formy rzyci nieprawidłowéj: 1) najlżejszą, gdzie po uwięzgnięciu jednéj ścianki jelita *(hernia Littriana)* to ostatnie leży półkolisto lub pod bardzo tępym kątem rozwarte. W tych przypadkach niema zazwyczaj przegródki *(eperon)*, a do ich wyleczenia wystarcza spokój i stósowne ułożenie obok uciskowéj opaski. 2) Tam gdzie przegródka jest cienka, wystarcza leczenie za pomocą enterotomu Dupuytrena. 3) Do najcięższych należą te przypadki, w których pomiędzy obydwoma ujściami znachodzi się mostek do syć szeroki, gdyż użycie enterotomu nie wystarcza. D. opisuje właśnie przypadek podobny u kobiety 47-letniéj, u któréj wykonał resekcyję jelita celem zagojenia rzyci sztucznéj Okroiwszy całą okolicę tejże do około wydobył obydwa końce jelita, odświeżył brzegi i zespoił je cienkim katgutem. Operacyję wykonał z zachowaniem przepisów Listera a otworu pozostałego nie zaszył, ani też nie przykrył płatem Zupełne wygojenie nastąpiło po kilku tygodniach. (*Wien med. Wochenschrift* 1878. Nr. 48.) *A. O.*

Th. Kölliker (w Hali): **O wycinaniu pierwotnego syfilitycznego stwardnienia.**

Autor ogłasza ośm przypadków, w których wyciął stwardnienie kiłowe w różnych czasach po zarażeniu, a raczéj po spostrzeżeniu tegoż stwardnienia; i tak raz w siódmym, dziewiątym, dziesiątym, dwa razy w czternastym dniu, nakoniec po razu po upływie trzech i siedmiu tygodni; w jednym przypadku nie można było stwierdzić na pewno czasu, kiedy stwardnienie się rozpoczęło. W czasie wykonania rękoczynu były gruczoły mniéj lub więcéj zajęte w 4 przypadkach, z których mimo to w jednym nie przyszło do ogólnego zakażenia. W ogólności wyzdrowiało zupełnie trzech chorych u pięciu spostrzegano przypady wtórorzędne lecz łagodne K. wysnuwa następujące wnioski: 1) w niektórych bliżéj jeszcze określić się niedających przypadkach wystarcza powyższa operacyja do zabezpieczenia od zakażenia ogólnego. 2) Rozpoczynające się stwardnienie gruczołów (*scleradenitis*) nie wyklucza jeszcze dobrego skutku operacyi. 3) Z drugiéj strony bywa ona bezowocną pomimo wczesnego jéj przedsięwzięcia. 4) Jednak i w takich razach zdaje się wycięcie być przyczyną łagodniejszego przebiegu choroby. Ostatecznie zdaniem autora przypadki jego popierają twierdzenie Auspitza, że pierwotnego stwardnienia nie należy uważać za skutek ogólnego zakażenia. (*Centralbltt f. Chirurgie*, Nr. 48. 1878.) *A. O.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie XVII. z dnia 19go listopada 1878 r.

Przewodniczący kol. Domański. Obecnych członków 24.

1) Kol. Trauczyński przedstawia niektóre nowsze przetwory farmaceutyczne, mianowicie: 1) ferrum oxydatum dialysatum. Przetwór ten pozyskał sobie w ostatnich czasach nie małe wzięcie. Sprowadzono go z Paryża, gdzie fabrykant Bravais wyrabia go na wielką skalę i po nader wysokich cenach sprzedaje. Prelegent wyrabia ten sam przetwór nie równie taniéj a w téj saméj dobroci. Preparat kol. Trauczyńskiego nie zawiera wcale kwasu solnego wolnego, o czém przez dodanie soli srebrowéj naocznie się przekonano. 2) Wyciąg z kousso, znanego środka czerwiogubnego, zawarty w torebkach z galarety. 3) Alkaloid Cotoin i Tr. Cotoini. W dyskusyi kol. prof. Korczyński podaje, że z lekiem tym zalecanym szczególniéj z Monachijum jako dzielnym środkiem przeciw biegunce robił doświadczenia ze skutkiem zupełnie ujemnym, co jednak może jest winą złego preparatu. Z preparatem okazanym przez kol. Trauczyńskiego gotów jest w klinice robić odpowiednie doświadczenia, o których skutku nie zaniedba Tow. zawiadomić. 4) Rurki szklanne napełnione azotynem amylowym i zatopione. W dyskusyi kol. prof. Korczyński zaleca te rurki wymyślone przez Solgera, jako bardzo przydatne tak w praktyce prywatnéj, jak i klinicznéj; niedogodność ich stanowi ta okoliczność, że trzymane w ręku bardzo łatwo pękają w skutek podniesionéj prężności bardzo lotnego azotynu amylowego. Ilość 5 kropli zawartych w takiéj rurce jest cokolwiek za wysoką, mówca widział już po użyciu 3 kropli bardzo niemiłe przypady, jak zaczerwienienie twarzy dochodzące do bardzo znacznego stopnia, przyspieszenie tętna znaczniejsze niż zazwyczaj bywa, zawrót głowy znaczny i upadek sił, i dlatego radzi zaczynać u dorosłego od stósowania 2 kropli. Ponieważ azotyn amylowy prawie zawsze sprawia zawrót, najlepiéj podawać go choremu w postawie leżącéj, przez co można uniknąć tego przypadu. Lek ten zasługuje na pochwałę w przypadkach, gdzie zamierzamy energicznie rozszerzyć naczynia obwodowe i tak oddaje znaczne usługi w bólu połowiczym głowy, naczyniokurczowym, w padaczce itd. W téj ostatniéj znane są doświadczenia, że lek ten wziewany w czasie tak zwanego wietrzyku padaczkowego *(aura epileptica)* usuwał grożący napad. Użycie azotynu amylowego w padaczce dopóty będzie racyjonalném, dopóki wierzyć chcemy, że niedokrewność rdzenia pacierzowego jest momentem wywolywującym napady. Nadto lek ten zastosowuje się z pomyślnym skutkiem w nagłych omdleniach polegających na niedokrewności mózgu. Rureczki wyrabiane przez kol. Trauczyńskiego są o wiele wygodniejsze od flakoników, w jakich azotyn amylowy także sprzedają, częste bowiem ich otwieranie pociąga za sobą ulatnianie tego leku, a nadto jeżeli lek ten w większéj ilości przez dłuższy czas przechowujemy osobliwie na świetle, zmienia się chemicznie nabierając oddziaływania kwaśnego, wówczas zaś nie tylko że jest nieskutecznym, ale wywołać może przypady uboczne nie miłe a nawet groźne, dla tego należałoby zawsze przed użyciem leku spróbować jego oddziaływania papierkiem lakmusowym. Kol. Domański zwraca uwagę, że według Picka azotyn amylowy nierzadko zawiera kw. pruski, dlatego należałoby lek ten sprowadzać tylko od bardzo pewnych co do sumienności fabrykantów. 5) Płyn przeciw odgniotkom złożony z mięszaniny kw. trójchlorooctowego i kleiny (*collodion*). Zdaniem kol. Trauczyńskiego kleina podnosi skuteczność dawniéj znaną kw. trójchlorooctowego przy usuwaniu odgniotków, a to zatrzymując kwas ten bardzo wpływowy i ograniczając działanie jego do tego tylko miejsca, w które pędzelkiem zostanie wtarty. Protomedyk Dr. Biesiadecki sądzi, że dodatek kleiny raczéj ogranicza skuteczność kw. trójchlorooctowego, który działa wtenczas tylko, gdy jest bardzo zgęszczony, nadto kleina nie pozwala mu wniknąć głębiéj w przyskórek, płynu więc zaleconego przez kol. Trauczyńskiego możnaby chyba tylko używać w nieglębokich naroślach przyskórka. Kol. Warschauer stwierdza skuteczność kw. octowego w odgniotkach i przypomina sobie, że kwasu tego zabarwionego jakąś żywicą

używał przed laty w Krakowie pewien wędrowny szarlatan arabski z wielkiém powodzeniem.

2) Protomedyk Dr. Biesiadecki jako członek Tow. lek. krakowskiego a obecnie Prezes Tow. lekarzy galicyjskich wnosi po dłuższém umotywowaniu: Tow. lek. krak. wybierze komisyję, która ma się zastanowić nad tém, czy i pod jakiemi warunkami mogłoby nastąpić połączenie Tow. lek. krak. i Tow. lekarzy galicyjskich, przynajmniéj w sprawie wspierania wdów i sierót po lekarzach galicyjskich. Po dłuższéj dyskusyi, w któréj oprócz wnioskodawcy zabierało głos kilku kolegów, przekazano wniosek ten do zdania sprawy komisyi statutowéj.

3) Kol. prof. Korczyński podał wypadek pracy doświadczalnéj nad działaniem wlewania większéj ilości płynów do jelit, wykonanéj pod jego kierunkiem przez Dra Rosenblatta. Rozprawa ta umieszczoną będzie w całości w Pamiętniku tow. lek. warszawskiego. Ponieważ nie ma dotychczas zgody pomiędzy autorami, czy płyn wlany do jelit grubych może przejść przez zastawkę Bauhiniego i dostać się do jelita cienkiego, przeto powtórzył Dr. Rosenblatt doświadczenia na zwłokach ludzkich w zakładzie anatomicznym prof. Teichmanna i przekonał się w trzech doświadczeniach, że płyn w większéj ilości wlany za pomocą lejka Hegara dostaje się do jelit cienkich, a nawet przejść może do żołądka i wylewać się ustami. W celu dokładniejszego badania mechanizmu działania zastawki Bauhiniego wycinał tenże część jelita cienkiego wraz z częścią jelita grubego i spostrzegł, że przy mierném wydęciu jelita grubego za pomocą płynu zastawka Bauhiniego zatykała tak szczelnie ujście jelita cienkiego, że płyn przez takowe się nie przedostawał, dopiero przy większém nagięciu ścian jelita grubego i rozszerzeniu pierścienia zastawkowego płyn udawał się do jelita biodrowego. Pojemność jelita grubego oznaczył autor na 3 litry. W celu wyśledzenia, jak zachowuje się parcie krwi pod wpływem wlewania większych ilości wody do jelit, wykonał Dr. Rosenblatt 3 doświadczenia na psach w pracowni fizyjologicznéj prof. Piotrowskiego przy współudziale śp. Dra Zawilskiego i Dra Merunowicza. Doświadczenia te wykazały, że parcie krwi się podnosi tak skutkiem wessania płynu, jakotéż skutkiem ucisku na tętnice w jamie brzusznéj się znajdujące, i że u psów żywych płyn dostaje się łatwo przez cały przewód pokarmowy. — Doświadczenia wykonane w klinice lekarskiéj pod kierunkiem prelegenta wykazazały: 1) Najlepszym przyrządem do wlewania płynu do jelit jest lejek Hegara, tj. zwykły lejek połączony z cewą gumową i kanką. 2) Położenie kolankowo-łokciowe, wśród którego parcie śródbrzuszne ma być najmniejsze a nawet ujemne, i które jako najodpowiedniejsze do wlewań płynów zaleca Hegar, jest niedogodne a dla niektórych chorych osobliwie cierpiących na choroby narządu oddechowego lub krążenia wcale nieodpowiednie. 3) Zupełnie wystarczającém jest położenie na wznak lub na bok z udami do brzucha przyciągniętemi. 4) W tém położeniu wlewanie płynów nie sprawia żadnych dolegliwości a wśród pewnych zastrzeżeń także żadnych ważnych przypadów. 5) Sposobem tym wlać można 4—5 litrów płynu. 6) Z pewnością orzec można, że płyn wypełnia co najmniéj całe jelito grube. 7) Płyn tém dłużéj pozostaje w przewodzie pokarmowym, im powolniéj zostanie wlanym. 8) Liczba oddechów po wlaniu większéj ilości płynu się przyspiesza, a tor oddechowy z przeponowego zamienia się na mniéj lub więcéj obojczykowy, jak to wykazują przedstawiane w oryginale obrazy stetograficzne. 9) Tętno co do ilości nie wiele się zmienia, staje się jednak pełniejszém i chybszém, przyczém niektóre obrazy sfigmograficzne przemawiałyby za zmniejszeniem napięcia ścian tętniczych. 10) Ilość moczu się powiększa, a ciężar gatunkowy takowego się zmniejsza. Przeciwskazania stanowić więc mogą choroby, w których należy się obawiać zwiększenia parcia ościennego krwi, np. tętniaki i pewne okresy chorób sercowych lub choroby jelit, w których obawiać się należy przedarcia ścian jelit. Wskazania podane przez Hegara, Simona i Moslera są liczne. Dodatnie i pomyślne skutki widziano w klinice lekarskiéj i praktyce prywatnéj prelegenta z nalewań większych ilości płynu przeważnie tylko w zatkaniu kałowém (*coprostasis*) w górnych częściach jelit grubych, osobliwie zatkaniu nawykowém (*obstipatio habitualis*), w otrętwieniu jelit wywołującém gnuśny ruch robaczkowy jelit i skłonność do częstych nawrotów nieżytu jelit grubych (*typhlitis*). Zamiast wody letniéj korzystniéj jest niekiedy użyć płynów lekko podniecających lub klejkich np. naparu rumianku lub odwaru ślazu. — W dyskusyi kol. Merunowicz zwraca uwagę na szczegóły tablic odnoszących się do doświadczeń wykonanych przez Dra Rosonblatta na psach i sądzi, że najbardziéj pouczającą jest tablica Nr. 2, do któréj odnośne doświadczenie wykonane było najdokładniéj. Protomedyk Dr. Biesiadecki: Pytanie jak dużo płynu a jeszcze ważniejsze, jak daleko płyn zajść może w przewodzie pokarmowym wlewany za pomocą lejka Hegara, jest ważne osobliwie w tych przypadkach, gdzie mamy do czynienia z zagłobieniem jelit. W tym względzie robiono doświadczenia na zwłokach przed kilkunastu laty pod kierunkiem prof. Oppolzera, mianowicie wstrzykiwano płyn do jelita pod bardzo znaczném parciem, gdyż podnoszono lejek aż do sufitu i przekonano się, że płyn nie dostał się daléj niż do kiszki ślepéj. Płyn użyty do tego doświadczenia zaprawiony był żelasinkiem potasu i chemicznie można było się przekonać, że nic z tego płynu nie znajdowało się po za zastawką Bauhiniego. Jeżeli Dr. Rosenblatt widział na zwłokach płyn wylewający się ustami, to pytanie, czy nie był to płyn pochodzący z obrzęku płuc a wskutek podniesienia ciśnienia śródbrzusznego wyparty z klatki piersiowéj? Jeżeli nawet płyn po śmierci przejść może przez zastawkę Bauhiniego, nie można ztąd wnosić, że i za życia rzecz się ma tak samo. Kol. prof. Korczyński podaje, że Dr Rosenblatt w dwóch doświadczeniach na zwłokach zabarwiał płyn i naocznie mógł się przekonać o identyczności płynu wlewanego do jelit z płynem wydobywającym się przez usta. Oser powiada, że zachowując tę ostrożność, żeby płyn wlewany nie wydobywał się napowrót rzycią, wlewał na zwłokach do jelit 6—8 litrów wody, przyczém ściany jelit miały pękać. Dr. Rosenblatt chociaż wlewał do 12 litrów wody, nie widział tego. Mosler wychodząc z tego punktu, że woda i za życia dostaje się do jelita cienkiego, stosuje lejek Hegara w durze brzusznym i twierdzi, że jest to wyborny środek do usunięcia bębnicy i biegunki. Zresztą gdyby się komu zdarzyło spostrzegać chorego z przetoką jelita cienkiego, możnaby na pewno stwierdzić, czy płyn wlewany do jelita za pomocą lejka Hegara może się aż do jelita cienkiego dostać. Protomedyk Dr. Biesiadecki sądzi, że i w tym razie byłyby tak zmienione stosunki parcia, iż z tego nie dałyby się ogólne wnioski wyprowadzić. Kol. prof. Korczyński namienia dodatkowo, że ze stanowiska klinicznego jest to dość obojętném gdyż zakres wskazań do użycia lejka Hegara jest dosyć obszerny, chociażby tylko jego wpływ ograniczał się do jelit cienkich.

4) Kol. Ściborowski przedstawia imieniem komisyi do popierania przemysłu krajowego w zastósowaniu do celów leczniczych szereg częściéj używanych narzędzi chirurgicznych zrobionych przez tutejszego fabrykanta p. Grubla, które tak co do dokładności, jak co do przystępności ceny nie pozostawiają nic do życzenia.

Dr. Skórkowski.

V. Zakład leczniczy „Fürstenhof" w Styryi górnéj.

przez Dra **Edwarda Sawickiego**,
prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 49.)

Ruch chorych jest bardzo ożywiony od kwietnia do października. Stan dzienny wynosi w przeciągu tego czasu średnio 80 osób. Od października do kwietnia obniża się przeszło o połowę, tj. do średniego stanu dziennego osób 30. Kobiety i mężczyzni w równéj niemal przybywają liczbie. Kraje polskie dostarczają przeszło trzech czwartych, resztę pacyjentów przysyłają lekarze wiedeńscy.

Z chorób nerwowych przeważają hysteryja i ataksyja różnych postaci i okresów; z nieżytów przewlocznych: nieżyt żołądka i kiszek z powikłaniami miejscowemi i ogólnemi; z chorób ginekologicznych upławy różnego rodzaju, trudność lub nieprawidłowość w miesiączkowaniu itd. Z chorób ogólnych odżywczych przeważają zołzy, dur, blednica, niedokrewność i wychudnienie następowe. Choroby przewlekłe płuc,

oskrzeli i krtani tylko wyjątkowo dostają się do zakładu; niema tu więc tak nazwanego sanatorium dla tych chorób, jakkolwiek wyborny klimat doliny Thörli za założeniem takowego bardzo przemawia.

Zakład Fürstenhof nieogłosił dotąd żadnego sprawozdania naukowego z wyników swojego leczenia. Są one niezawodnie bardzo pomyślne, skoro pierwszorzędne powagi lekarskie obdarzają go swojém zaufaniem, skoro z roku na rok dla braku miejsca znacznéj liczby zgłaszających się do niego przyjąć niemoże. Tę pomyślność swoją zawdzięcza zakład łagodności, prostocie i ścisłości umiejętnéj, z jaką wykonywa się w nim hydroterapija.

Metoda leczenia. Wiadomo, że Priessnitz począł swoje łaziebnictwo od obmywań gąbką, późniéj dłonią zmaczaną w wodzie zimnéj; skończył zaś na całym szeregu licznych procederów poszczególnych, przez które każdy niemal chory w Graefenbergu przechodzić musiał, chociaż jeden z nich zastósowany umiejętnie byłby częstokroć nierównie lepiéj skutkował. Fleury dołączył do tych kąpieli i rękoczynów gräfenbergowskich drugi szereg nierównie liczniejszych i różnorodnych natrysków z wody zimnéj, ciepléj, coraz cieplejszéj, z pary, z wody naprzemian zimnéj i gorącéj. Wykonywanie hydroterapii chorób przewlocznych było więc przywiązane do bardzo zawiłego aparatu, w którym czynnik mechaniczny pierwotnéj kąpieli spadowéj i pierwotnego nacierania ciała rękami był wyzyskany w sposób drobiazgowy. Czy na tém zyskała dzielność hydroterapii, niewiem; lecz zdaje mi się, że tylko samo wykonanie zyskało na pośpiechu, okazałości i elegancyi. Niezawodnie pod silnym pociskiem wodnym wystąpi czerwoność na skórze bardzo prędko, wpływ na orzeźwienie jest chwilowo potężniejszy niż prostego zanurzenia lub oblania wodą zimną; lecz czy ten pośpiech w chwilowych skutkach działa równie zbawiennie, jak metodyczne chociaż mniéj widoczne działanie umiarkowanego, łagodnego lecz wytrwałego stosowania podniet zimna, to pytanie? Być może, że życie francuskie tak sprężyste i bujne, tak mocnemi żywione wrażeniami, znosi lepiéj ten sposób stósowania zimna i uderzeń, niż życie nerwowe anglika, niemca, polaka? Francuska odmiana w stósowaniu hydroterapii nie wszędzie znalazła dobre przyjęcie. James Manby Gully czyni o niéj niepochlebną wzmiankę, mówiąc: Liczbę procederów hydryjatycznych pomnożył częścią szarlatanizm, częścią dowcip i przemysł. Tryska woda na wszelki sposób możliwy, strumienie jéj wypuszczają na ciało człowieka w kierunkach i postaciach najrozmaitszych, czynią to na wielkie rozmiary dla zwabienia tych, których nie pociąga prostota. (*The water cure in chronic diseases*. London, wydanie 13, str. 362.) Słusznie mógł to powiedzieć hydroterapeuta z Waloern, który do swojego mówi pacyjenta: „Wyzdrowiejesz, gdy wyjedziesz na wieś, gdy będziesz pilnie przestrzegać dyjety, rano wstawać, ćwiczyć odpowiednio ciało, wdychać pełną piersią czyste powietrze i wytrwasz w tém przez jedenaście do dwunastu miesięcy. Leczenie wodne zaś tyle ci pomódz może, że skróci ten przeciąg czasu o połowę lub o dwie trzecie". (l. c. str. 335.) Być może, że francuskie natryski jeszcze więcéj skrócić mogą ten przeciąg czasu potrzebny do ozdrowienia, lecz znowu zachodzi pytanie, jak długo takowe potrwa. Manby Gully twierdzi, że wielu przybywało do Waloern takich, którzy bawili się przyjemnie „natryskami wstępującemi," „kąpielami nasiadowemi wstępującemi," „falowemi" itp., lecz oprócz przyjemności żadnego dla zdrowia nieosiągnęli skutku. Charcot w przedmowie do francuskiego przekładu kliniki chorób nerwowych Rosenthala powiada: że hydrotherapija chorób nerwowych przewlocznych daleko więcéj zyska na zastósowaniu, gdy się pozbędzie wpływów ubocznych, gdy przybierze postać prostą i łagodną i gdy na stałych oprze się zasadach. To czego sobie Charcot życzy i z nim każdy lekarz racyjonalny, znajdujemy w zupełności wykonane i zrozumiane w hydroterapii zakładu w Fürstenhofie. Ma ona tu postać zewnętrzną tak prostą, że prościejszą być nie może; kąpiel w wannie, udzielana we własnéj sypialni chorego, nacierania i opaski, otóż i wszystko co tu napotkać można. Łagodność zasadza się na używaniu takich ilości i stopni zimna, jakie właśnie wystarczają w każdym przypadku poszczególnym do wywołania drogą zwrotną potrzebnych zmian w ustroju chorego. Podczas gdy w rękach Priesnitza woda zimna była dla człowieka cywilizowanego postrachem, kol. Cz. rzadko używa większego zimna poniżéj 15° C. Skala głównego działania leży pomiędzy 30° C. do 20° C. Podczas gdy Priessnitz w wypacaniu i w wysokiém wygrzewaniu całego ciała za pomocą zapakowań w koce widział częste korzyści, kol. Cz. bardzo rzadko znajduje wskazanie do zastósowania tego środka. Niemasz tu sadzawki, w którejby „nacisk hydrostatyczny" działał na klatkę piersiową; nie masz kąpieli spadowych i natrysków francuskich, w któréj „perkusyja" tak ważną odgrywa rolę; nie używa się tu wody wewnętrznie „do wypławienia i wyługowania" ustroju; nie masz owych tak często nadużywanych „pomocniczych" środków jak: elektroterapija, pneumojatryja, gimnastyka lekarska, kąpiele parowe, igliwiowe, żętyca. Zakład w Fürstenhofie wykonywa prostą, łagodną, racyjonalną i czystą hydroterapiję, a jeżeli bierze jakie w pomoc czynniki, to tylko te, któremi każdy lekarz władać może, jak żelaziste przetwory i wody, chinin, jod, morfin, rzewień, tj. leki w ściślém tego słowa znaczeniu. Ta prostota i czystość jest ścisłym wynikiem zasad powziętych z doświadczenia i nauki, które kol. Cz. wyłożył w sposób niestety może zanadto popularny w swojém dziele: *„Compendium der Thermotherapie (Wasserkur)" Wien 1875.* Już przez samą nazwę termoterapii daje kol. Cz. do poznania, czemu właściwie zawdzięcza hydroterapija swoją skuteczność, co w niéj działa najwięcéj, to jest: różne stopnie i ilości ciepła z wody zimnéj lub z ustroju chorego wprost powzięte w zamiarach leczniczych.

Wiadomo, że zimno w znaczeniu fizyczném czyli zupełna równowaga atomów poczyna się według obliczeń przy stopniu 27·3° C. poniżéj zera; wszystkie inne stopnie powyżéj tego idealnego są już stopniami ciepła. Stopnie, których hydroterapija używa, leżą wszystkie powyżéj zera, termometrycznego, więc i z tego względu są stopniami ciepła. Miarą zimna i ciepła fizyjologiczną jest dla nas własne unerwienie i czucie wywołane przez zadrażnienie nerwów, które otrzymujemy przy istniejących różnicach ciepłoty ciał zewnętrznych bezpośrednio nas dotykających i własnéj ciepłoty naszego ciała. W kąpieli wodnéj zimno poczyna się dla nas między 31° C. i 37° C.; w powietrzu suchem zaś około 22° C. do 25° C. (Röhrig: *„Physiologie d. Haut." 171).* Są to więc wysokie stopnie ciepła po nad zerem zwyczajnego termometru. Hoh w dziele *„Physik in der Medizin,"* ogłoszoném w tym samym roku co i kompendium Czerw. wylicza w rozdziale *„Thermo-Therapie"*, str. 224, wszystkie sposoby leczenia za pomocą ciepła i zimna i podciąga pod pojęcie termoterapii także leczenie wodą zimną doprowadzone jak powiada przez Priessnitza do wielkiego znaczenia. To przy-

padkowe spotkanie się jednego pojęcia w jednym i tym samym wyrazie ujętego przemawia na korzyść Cz. Że czynnik termiczny jest potęgą główną w leczeniu hydryjatycznem i hydropojetycznem czyli napotnem, było wiadomem od dawna. Tanchon w rozprawie: *„Du froid et de son application dans les maladies“ Paris 1824*, podnosi działanie zimna, a nie wody. Krahmer: *„Aerztliche Heilmittellehre,“* Halle 1861, str. 161, powiada: „Nie masz potęgi, którąby przez swój zamach tak prędko i wszechstronnie pobudzała wszystkie siły odżywcze człowieka do odporu i tak je ćwiczyła, jak zimno, i nie masz do jego zastosowania odpowiedniejszego środka niż woda.“ Również Trousseau i Pidoux, Chapman, Beni-Barde i wielu innych, uważali zimno i ciepło, a nie wodę lub parę, jako główny czynnik leczniczy.

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 12 grudnia. W Nrze 49 *Prager med. Wochens.* znajdujemy szczególnego rodzaju ocenę sprawozdania prof. Jakubowskiego z ruchu chorych w szpitalu dziecięcym św. Ludwika z r. 1877 ogłoszonego w Przegl. Lek. (w NN. 36—38 z rb.), i w osobnéj odbitce, Ocenę napisał redaktor tygodnika, znany pedyjatra i filolog prof. Ritter. Omówiwszy część wstępną i statystyczną, co do reszty sprawozdania stosuje do autora słowa: *„si non vis intelligi, non debes legi“*. Werdykt ten potępiający każe się niby domyślać, że autor pisał niejasno, niezrozumiale, a ponieważ sprawozdanie jego ukazało się pierwotnie w naszym tygodniku, więc wina w wielkiéj części spadłaby i na redakcyję. Jako przyczynę niezrozumiałości sprawozdania podaje atoli krytyk tę okoliczność, że autor „wyrugował z tekstu nomenklaturę grecką i łacińską, posługując się czysto polskiemi wyrazami, nowo wynalezionemi, których naturalnie nikt nie rozumie, kto ich sam nie ukuł“. Przeciw tym „zachciankom puryfikacyjnym“ powstaje uczony krytyk, dowodząc wielkiéj ich szkodliwości. Nie należąc do obozu purystów unikamy od czasu objęcia redakcyi słownictwa nieustalonego, przywracamy prawa wyrazom greckim i łacińskim, o ile one są już utarte w piśmiennictwie naszém i o ile na to zezwala duch języka i konieczność spadkowania, i wolimy posługiwać się wyrazem obcym, jeżeli wyraz polski uważamy za niebardzo odpowiedni lub jeszcze nie ustalony; zarzut więc uczyniony przez krytyka sprawozdaniu prof. J., a pośrednio i nam, jest bardzo niesłuszny. I jakże krytyk uzasadnia swój zarzut? Otóż znajduje on w sprawozdaniu w mowie będącem wyrazy, jakich w najlepszym słowniku polskim daremnie szukał, a jako przykład podaje różne rodzaje charłactwa, a mianowicie: *a)* ch. zimnicze, *b*) ch. gruźlicze i zołzowe, *c*) ch. krzywicze i *d*) kiłowe; co uczyniwszy pyta się, co jest charłactwo? i odpowiada sobie następującém rozumowaniem: Ponieważ wyraz charłaczy znaczy tyle co nędzny (*elend, misérable*), więc charłactwo oczywiście znaczy tyle co *malaria*. Oczywiście, że krytyk myli się grubo, a dedukcyja jego filologiczna nie jest nawet zbyt świetną. Ale godzi się go zapytać, w którym najlepszym słowniku polskim znalazł, że kiła znaczy tyle co śledziona (Milz)? Wszakże uczony tak światły powinien wiedzieć, że w słowniku ogólnym nigdy się nie szuka, bo nie znajdzie, znaczenia wyrazów lekarskich i że autor piszący po polsku pisze dla tych, którzy po polsku rozumieją, a do tych, którzy po polsku nieumieją, stosować wypada zmienione nieco słowa, które przytoczył krytyk: *„si non intelligis, non debes legere“*, chyba w rocznikach Virchowa i Hirscha, w których Tow. lek. nasze od lat kilku corocznie podaje sprawozdania z prac lekarskich polskich. Od krytyka atoli nierównie więcéj domagać się należy, otóż aby nieoceniał prac napisanych w języku, którego nie rozumie dokładnie, bo jeżeli jest rzeczą smaku indywidualnego umieścić w piśmie swojém ocenę, aby wyznać w niéj, że się języka nie rozumie, to z drugiéj strony ganienie tego, czego się nie rozumie, nie zgadza się z poczuciem sprawiedliwości. Ileż to razy zdarza się nawet u Niemców, że otrzymawszy rozprawę napisaną w języku obcym, proszą kogoś język ten znającego o tłumaczenie im treści, jeżeli takowa ich obchodzi, w przeciwnym razie chowają ją do księgozbioru lub rzucają ją do kosza, ale jéj nie oceniają. Prof. Ritter postąpił sobie inaczéj, a żywimy przekonanie, że nie tylko Polacy ale i Niemcy zgodzą się na to, że postępowanie jego było co najmniéj niewłaściwém, bo wykraczającém przeciw wszelkim zasadom krytyki godziwéj.

* Wydział lek. wiedeński prosił tutejszego Wydziału lek. o ogłoszenie konkursu na stypendyjum z fundacyi Habera w kwocie 1200 zła, mającego służyć na podróż naukową dla uczniów medycyny, którzy ukończyli wydział lek. jednego z uniwersytetów w krajach reprezentowanych w Radzie Państwa. Podania należy stosować do 15 stycznia 1879 r. do Wydziału lekarsk. w Wiedniu.

* Na posiedzeniu pełném z d. 5 b. m. Rada m. Krakowa wybrała dwóch lekarzy na członków komisyi uporządkowania miasta, a mianowicie radzców miejskich: prof. Dra Korczyńskiego i Dra Warschauera.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 46 (od 10—16 listopada włącznie) umarło w Krakowie osób 34; męż. 14 i kob. 20; w obwodach 18 osób i w szpitalach 16; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 31,6; we Lwowie 31,3; w Wiedniu 26,7; w Budapeszcie 40,5; w Pradze 29,8; w Tryjeście 36,2; w Berlinie 24,9; w Wrocławiu 25,5; w Monachijum 32,6; w Dreznie 22,5; w Lipsku 16,3; w Bazylei 32,5; w Brukseli 22,4; w Paryżu 25,1; w Londynie 24,3; w Kopenhadze 19,4; w Chrystyjanii 18,0; w Odessie 24,5; w Petersburgu 32,8; W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych 4 osoby, mianowicie: 1 z płonicy, 1 z dławca i 2 z ropnicy.

* **Wiedeń**. Ustępującemu z katedry profesorowi anatomii Voigtowi (dawniéj w Krakowie) uczniowie wręczyli adres ozdobny z licznemi podpisami. Rozczulony profesor przyrzekł, że w półroczu przyszłém ogłosi bezpłatny wykład o nerwach skórnych.

* **Budapeszt**. Wydział lek. tutejszy liczy w półroczu bieżącém 665 uczniów, podczas gdy wydział lek. we Wiedniu ma ich tylko 658. Tym sposobem pod względem frekwencyi wydział lek. w Budapeszcie obecnie jest pierwszym w państwie austro-węgierskiém, a założenie nowego uniwersytetu w Preszburgu, koło którego krzątać się Węgrzy zaczynają, jest uzasadnioném.

* **Paryż**. Budżet ministerstwa oświaty na r. 1879 wynosi 57 milijonów franków; w Tuluzie zakładają nowy wydział lekarski, w okolicy zaś Paryża, a mianowicie w Villejuif i Ville Evrard dwa nowe zakłady publ. dla obłąkanych.

D. 2 bm. następca Kl. Bernarda prof. Brown-Séquard rozpoczął wykłady swoje w *Collège de France*, zapowiadając, że zbijać będzie wszystkie prawie teoryje obecne o fizyjologii mózgu, a w szczególności odnoszące się do lokalizacyi mózgowéj.

W Paryżu stanie nowy gmach dla szkoły praktycznéj wydziału lek., koszta wynosić będą przeszło 11 milijonów franków.

* **Mianowania i odznaczenia.** Docent prywatny na wydziale lek. we Wiedniu Dr. Emil Stoffela otrzymał tytuł nadzw. profesora uniwersytetu. — Dr. Reyher w Dorpacie mianowany profesorem chirurgii w Petersburgu. — Docent chirurgii Dr. Franc. Schweninger w Monachijum otrzymał posadę starszego lekarza w szpitalu miejskim tamże. — Prof. Oertel otrzymał krzyż komandorski Filipa heskiego. — Dr. Gerson da Cunha w Bombayu otrzymał od Papieża Leona XIII order św. Grzegorza za dzieło *„Monumenta veterum Indorum.“*—

Za zasługi położone w Bośnii i Hercogowinie otrzymali krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa lekarze pułkowi Drowie Włodzimierz Załoziecki w Czerniowcach (członek koresp. naszego Tow. lek.), Mikołaj Seweryński i Filip Rogoziński.

* **Wiadomości osobowe.** Lekarzami asystentami w rezerwie mianowani: Drowie Franciszek Fuchs w Krakowie i Włodzimierz Hrycykiewicz we Wiedniu.

* **Nekrologija** W Kremonie we Włoszech umarł prof. chirurgii Dr. Ciniselli w 75 roku życia. — Zmarły w d. 24 listopada rb. prof. Eugieni Gorup-Besanez w Erlandze liczył lat 62.

Redakcyja otrzymała: Dra Adolfa ROTHEGO (w Warszawie): Król Lear. Studyjum psychologiczne. Odbitka z „Niwy“. Warszawa 1879, in 8vo, str. 44.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę 18 grudnia br. o godzinie 5téj popołudniu posiedzenie zwykłe, na którém 1) kol. Browicz okaże i opisze potwór bliźniaczy nadesłany ze Sanoka, 2) kol. prof. Rydel poda wypadek swoich doświadczeń nad leczeniem myopii pozornéj, 3) kol. Pacuła okaże i objaśni plany nowéj rzeźni krakowskiéj, 4) nakoniec nastąpi wybór komisyj do sprawdzenia rachunków z roku bieżącego tak Towarzystwa, jak i Przeglądu Lekarskiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Objąwszy z dniem 18 października rb. urząd członka Wydziału i Podskarbiego Stowarzyszenia dla wydawnictwa dzieł lekarskich polskich upraszam wszystkich Członków tego Stowarzyszenia zalegających z opłatą składek aby takowe jak najrychléj na moje ręce nadesłać raczyli, nadmieniając, iż składki te nadsełać można łącznie z Przedpłatą na Przegląd Lekarski.

Dr. Grabowski.
Rynek Nr. 45.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.